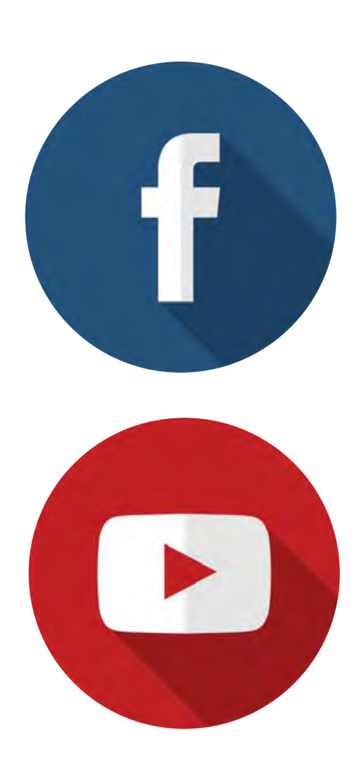
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



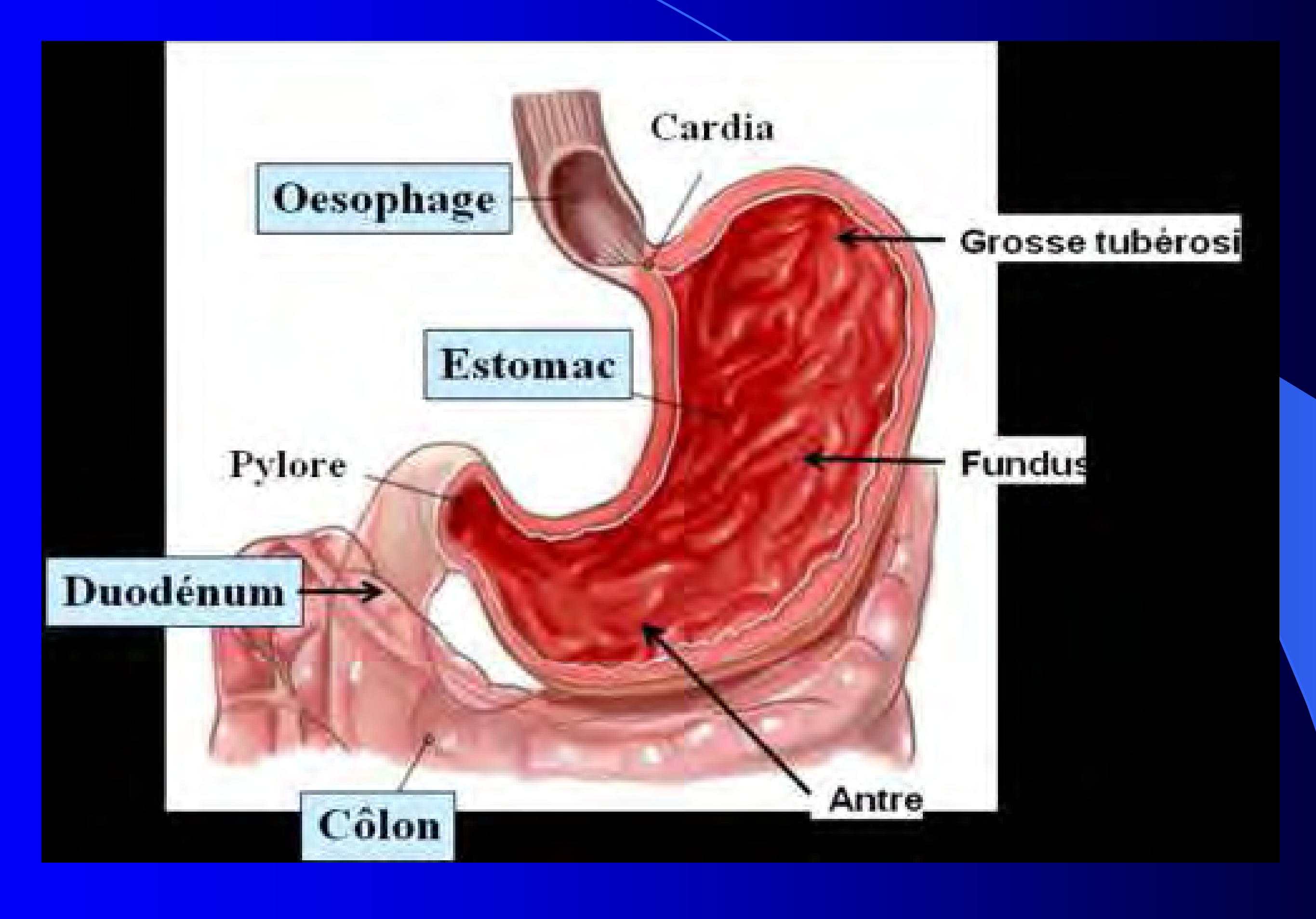




CANCER DE L'ESTOMAC

Dr. ARBA

Rappel


Cardia
Oesophage
Grosse tubérosi
Estomac
Pylore
Fundus
Duodénum
Côlon
Antre

EPIDEMIOLOGIE

- **Pays Occidentaux :**

- **Diminution progressive de l'incidence**

- **France : 20 p 100000 chez l'homme**
  10 p 100000 chez la femme
  7000 nouveaux cas par an

- **Le risque augmente nettement après 50 ans**

EPIDEMIOLOGIGIE

- **Japon, Amérique Centrale, Europe Centrale**

- **Forte incidence**
- **Rôle de l'environnement**
- **Populations migrantes**

FACTEURS DE RISQUES EXOGENES

- **Bas niveau socio-économique**
- **Alimentation : pommes de terre, féculents,**
  SEL, ALIMENTS FUMES
- **Nitrates et nitrites**
- **Tabac**
- **Exposition à des produits industriels**

(caoutchouc, cuir, amiante, hydrocarbures polycycliques)

FACTEURS DE RISQUES ENDOGENES

- **Gastrite chronique atrophique :**

- ***Hélicobacter pylori*** **+++++**

FACTEURS DE RISQUES ENDOGENES

- **Polypes adénomateux gastriques**
- **Moignon de gastrectomie**
- **Maladie de Biermer**
- **Maladie de Ménétrier**
- **Ulcère chronique de l'estomac**

ROLE PROTECTEUR

- **Fruits et légumes riches en vitamine C**
- **Vitamine E, Sélénium ?**

ANATOMO-PATHOLOGIE

- **LESIONS PRE-CANCEREUSES = DYSPLASIE**

- **Légère**
- **Modérée**
- **Sévère**

SIGNES CLINIQUES

- **Douleur +++ le plus souvent récente**
- **A type de pesanteur, gêne, pseudo-ulcéreuse, rarement intense**
- **Asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre**
- **Hémorragie le plus souvent microscopique : anémie**
- **Signes de sténose orificielle :**

  dysphagie (cardia), vomissements (pylore)
- **Perforation exceptionnelle**

SIGNES CLINIQUES

- **Thrombophlébite migratrice et récidivante**
- **Neuropathie périphérique inexpliquée**
- **Acanthosis nigricans**

EXAMEN CLINIQUE

- **Masse épigastrique**
- **Hépatomégalie**
- **Ganglion de Troisier**
- **Ascite**

DIAGNOSTIC

= GASTROSCOPIE + BIOPSIES

DEFINITIONS

- **Tumeur dont le centre est à moins de 2 cm en dessous de la jonction oeso-gastrique = CARDIA**

- **Tumeurs dont le centre est à plus de 2 cm en dessous de la jonction oeso-gastrique = ESTOMAC**

ANATOMO-PATHOLOGIE

- **MACROSCOPIE = TROIS TYPES**

- **Bourgeonnant**
- **Ulcéré**
- **Infiltrant**

ANATOMO-PATHOLOGIE

- **FORMES HISTOLOGIQUES :**

1. Classification OMS : ADK

papillaire, tubulé, mucineux, à cellules indépendantes

2. Classification de Lauren :

- Forme intestinale

- Forme diffuse

ANATOMO-PATHOLOGIE

- **FORMES ANATOMO-CLINIQUES :**

1. Cancer superficiel :

Limité à la muqueuse, fréquent au Japon

2. Linite plastique :

- Paroi gastrique épaissie, rigide (TOGD)

- ADK à cellules indépendantes

- Pronostic grave

ANATOMO-PATHOLOGIE

- **MODE D'EXTENSION :**

1. Extension par contiguïté : organes de voisinage

2. Extension par voie lymphatique

3. Extension par voie sanguine : foie, poumons, os…

4. Extension par voie péritonéale : Krukenberg



SYNDROMES FAMILIAUX

- **HNPCC / PAF /Peutz-Jeghers / Polypose juvénile**
- **Mutation anti-oncogène CDH1 (E cadhérine)**

BILAN D'EXTENSION

- Scanner Thoraco-Abdomino-Pelvien
- TOGD (centrage pour RT, linite)
- Echo-endoscopie
  - -Cancer superficiel
  - -Suspicion de linite
  - -Traitement néo-adjuvant
- Coelioscopie exploratrice si doute

BILAN D'OPERABILITE

- **Nutritionnel**
- **Cardiaque**
- **Rénal**

ESTOMAC
TRAITEMENT = CHIRURGICAL

- **Au moins 15 GG**
- **Au moins un curage D1**

CLASSIFICATION TNM

T-Tumeur primitive

T0 : pas de tumeur
Tis : cancer in situ
T1: envahit la muqueuse ou la sous-muqueuse
T2 : envahit la musculeuse ou la sous-séreuse
T3 : envahit la séreuse
T4 : envahit organes adjacents

ADP régionales

Nx : < 15 GG examinés
N0 : pas d'atteinte GG
N1: 1 à 6 GG
N2: 7 à 15 GG
N3: > 15 GG
M1 = GG des sites 12 à 16

CLASSIFICATION JAPONAISE

- **16 groupes GG**

  ⇒ 3 types de curages

  *** D1 = groupes 1 à 6**

  *** D2 = groupes 7 à 11**

  *** D3 = groupes 12 à 16**

- **Variations selon la localisation du cancer**

GROUPE GANGLIONNAIRE N1 (Curage D1)

- **1. Para-cardialdroit**
- **2. Para-cardial gauche**
- **3. Petite courbure**
- **4. Grande courbure**
- **5. Supra-pylorique**
- **6. Sous-pylorique**

GROUPE GANGLIONNAIRE N2 (Curage D2 = N1 + N2)

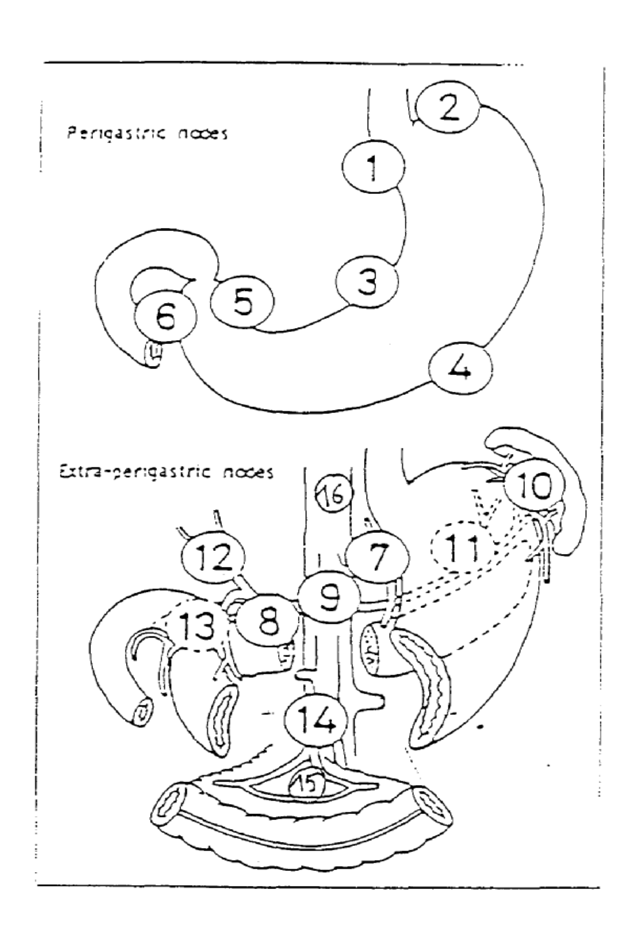
- **7. Artère coronaire stomachique**
- **8. Artère hépatique commune**
- **9. Tronc coeliaque**
- **10. Hile splénique**
- **11. Artère splénique**

GROUPE GANGLIONNAIRE N3 (Curage D3 = N1+N2+N3)

- 12. Pédicule hépatique
- 13. Pré et rétro-pancréatique
- 14. Artère mésentérique supérieure
- 15. Artère colique moyenne
- 16. Latéro-aortiques droit et gauche

CHIRURGIE DU CANCER GASTRIQUE : QUEL CURAGE GANGLIONNAIRE ?

→ DRAINAGE LYMPHATIQUE DE L'ESTOMAC



Ganglions périgastriques (N1)
(1) Paracardial droit
(2) Paracardial gauche
(3) Petite courbure
(4) Grande courbure
(5) Suprapylorique
(6) Infrapylorique

Ganglions pédiculaires (N2)
(7) Artère coronaire stomachique
(8) Artère hépatique
(9) Tronc coeliaque
(10) Hile splénique
(11) artère splénique

Ganglions régionaux (N3)
(12) Pédicule hépatique
(13) Rétropancréatique
(14) Racine du mésentère
(15) Artère colique moyenne
(16) Para-aortique



SIEGE DE LA TUMEUR

CARDIA

TUBEROSITAIRE

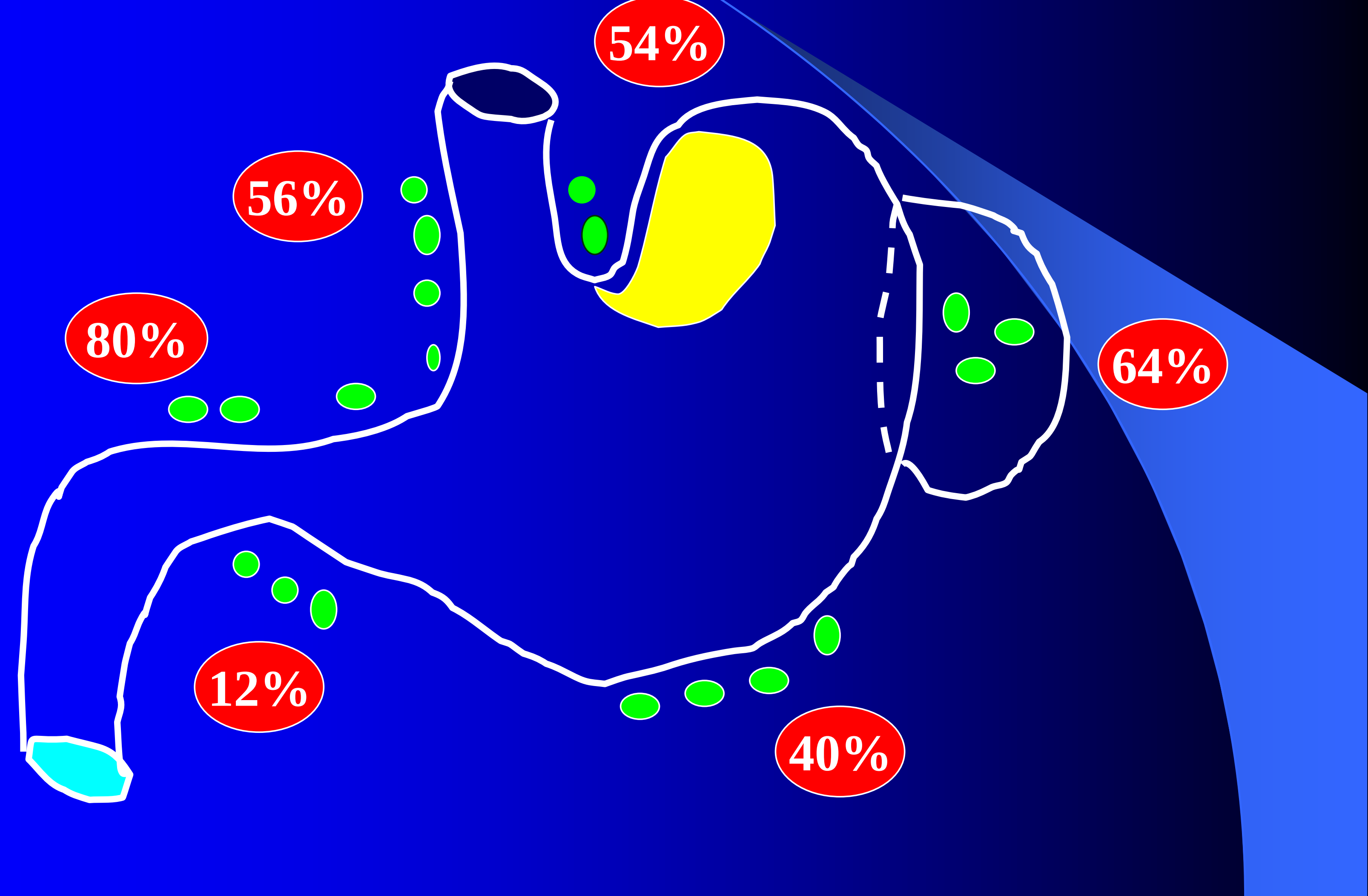
ANTRO-PYLORIQUE

CORPOREALE

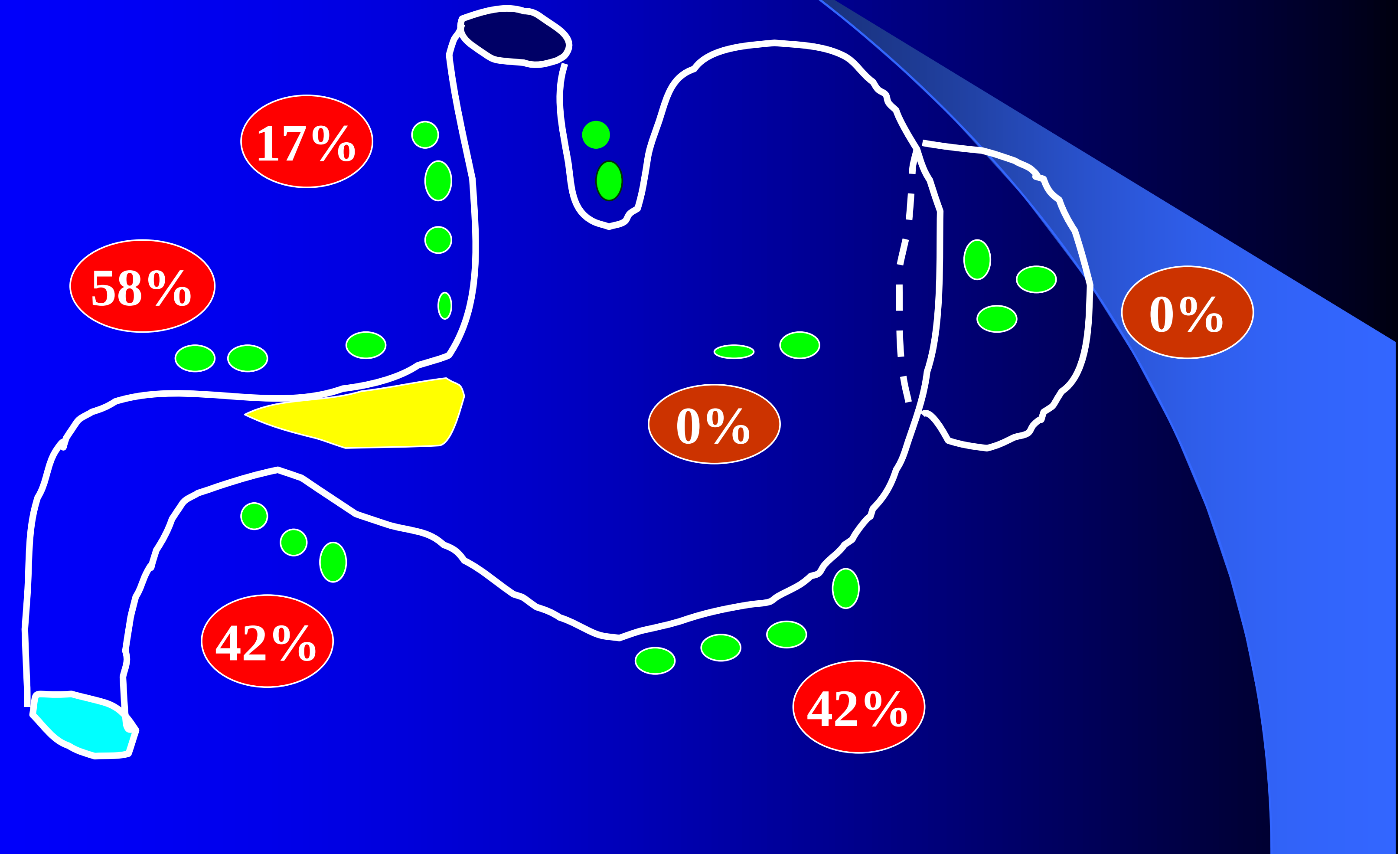
VARIATIONS SELON LA LOCALISATION DU CANCER

Gastrectomie	Groupes ganglionnaires à réséquer D1	D2	D3
TOTALE	1 à 6	1 à 11	1 à 16
DISTALE	3 à 6	3 à 9	1 à 16
PROXIMALE	1 à 4	1 à 11	1 à 16

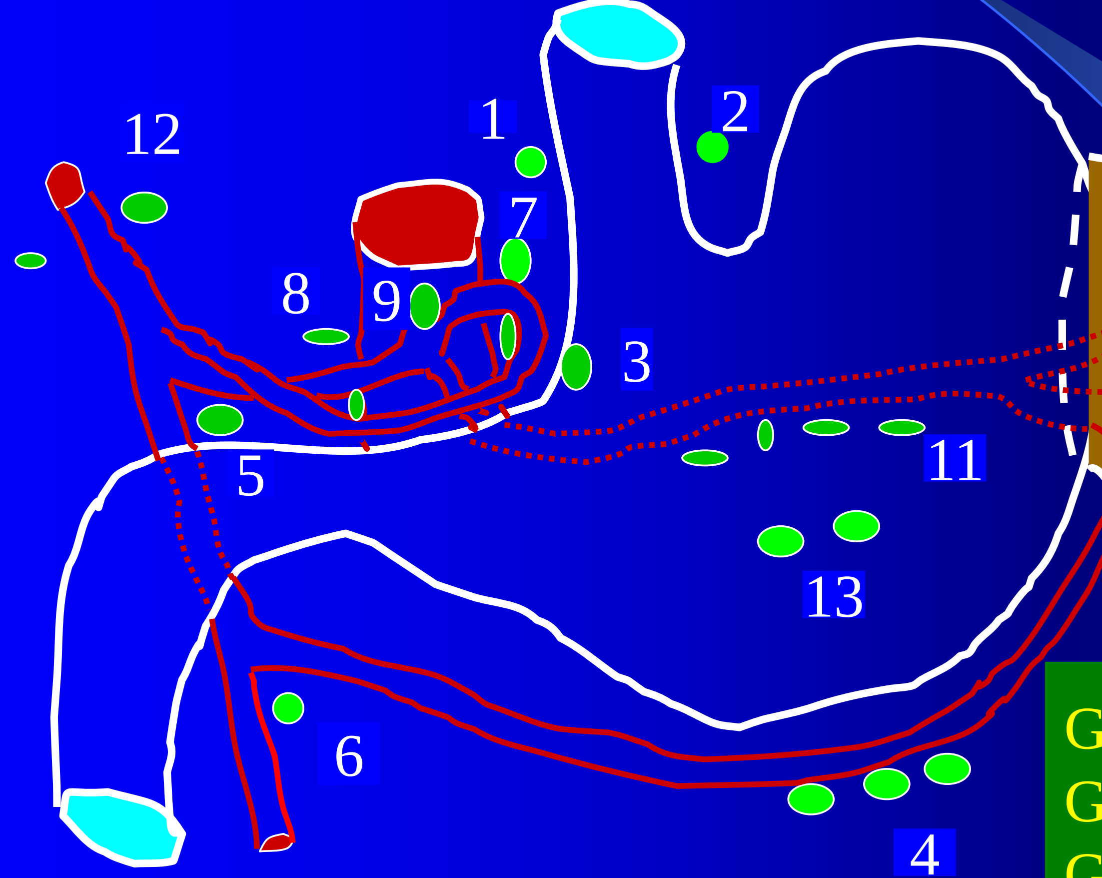
ENVAHISSEMENT GG DANS LES CANCERS PROXIMAUX



ENVAHISSEMENT GG DANS LES CANCERS DISTAUX



GROUPES GANGLIONNAIRES

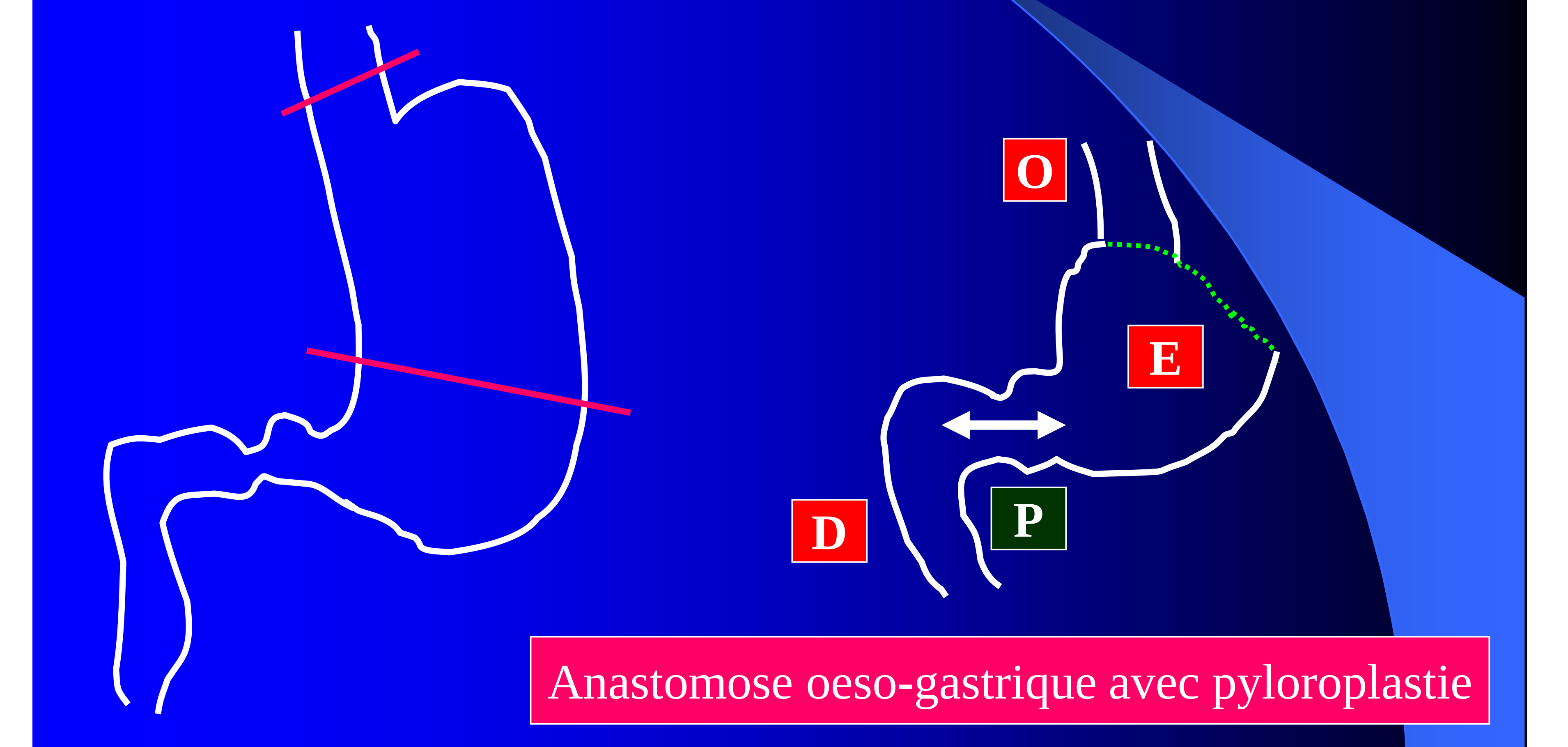


Groupe 1= 1-2-3-4-5-6

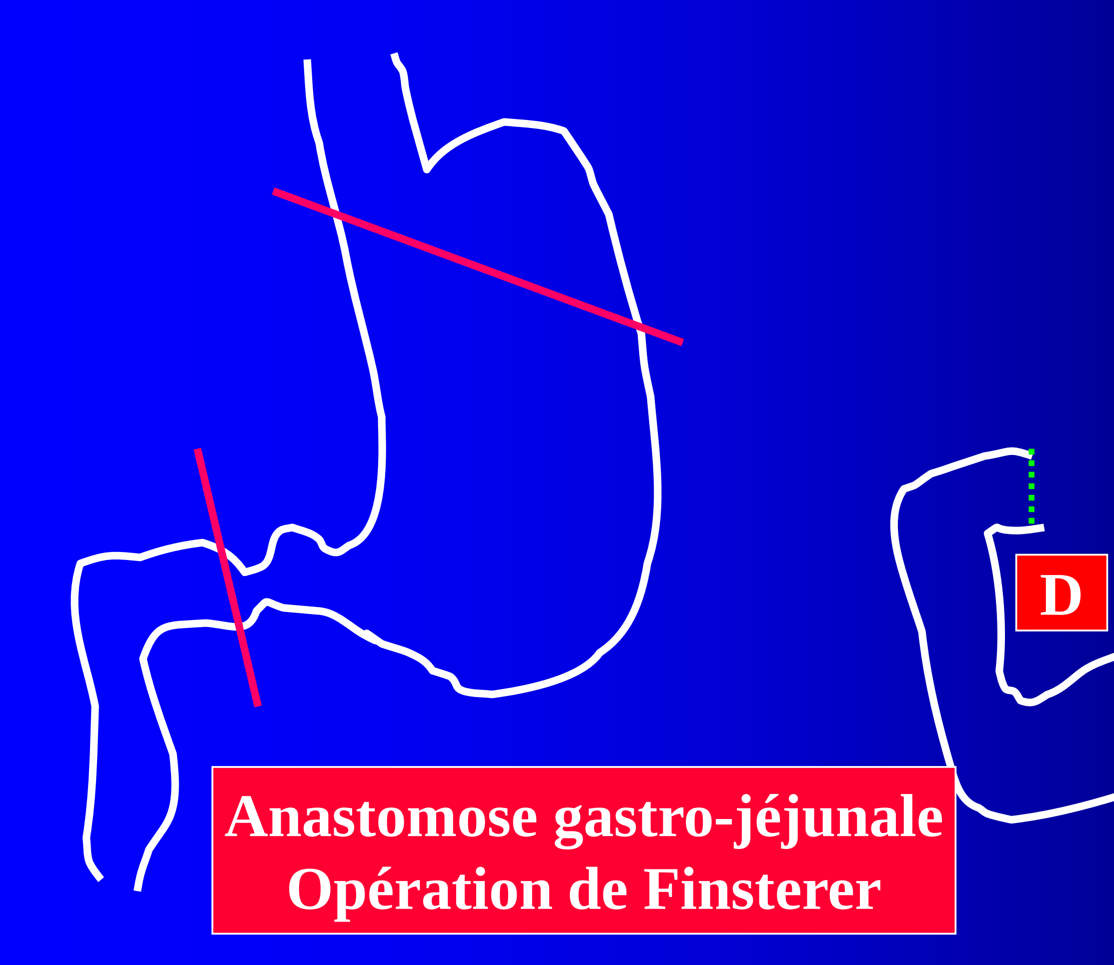
Groupe 2=7-8-9-10-11

Groupe 3=12-13

GASTRECTOMIE SUBTOTALE PROXIMALE



GASTRECTOMIE SUBTOTALE DISTALE

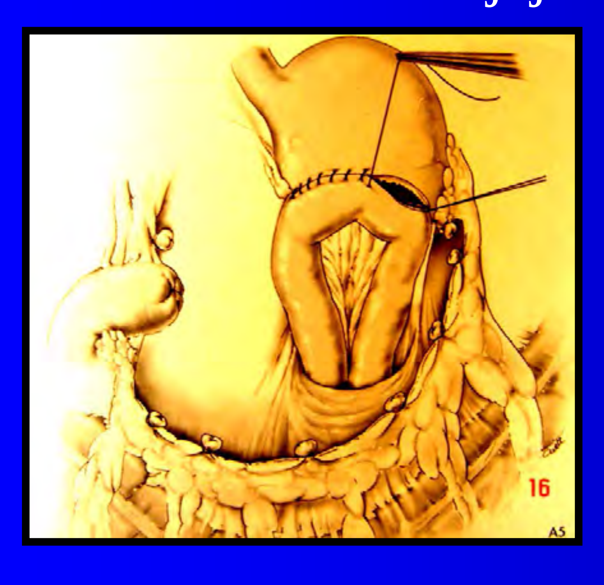


E

D

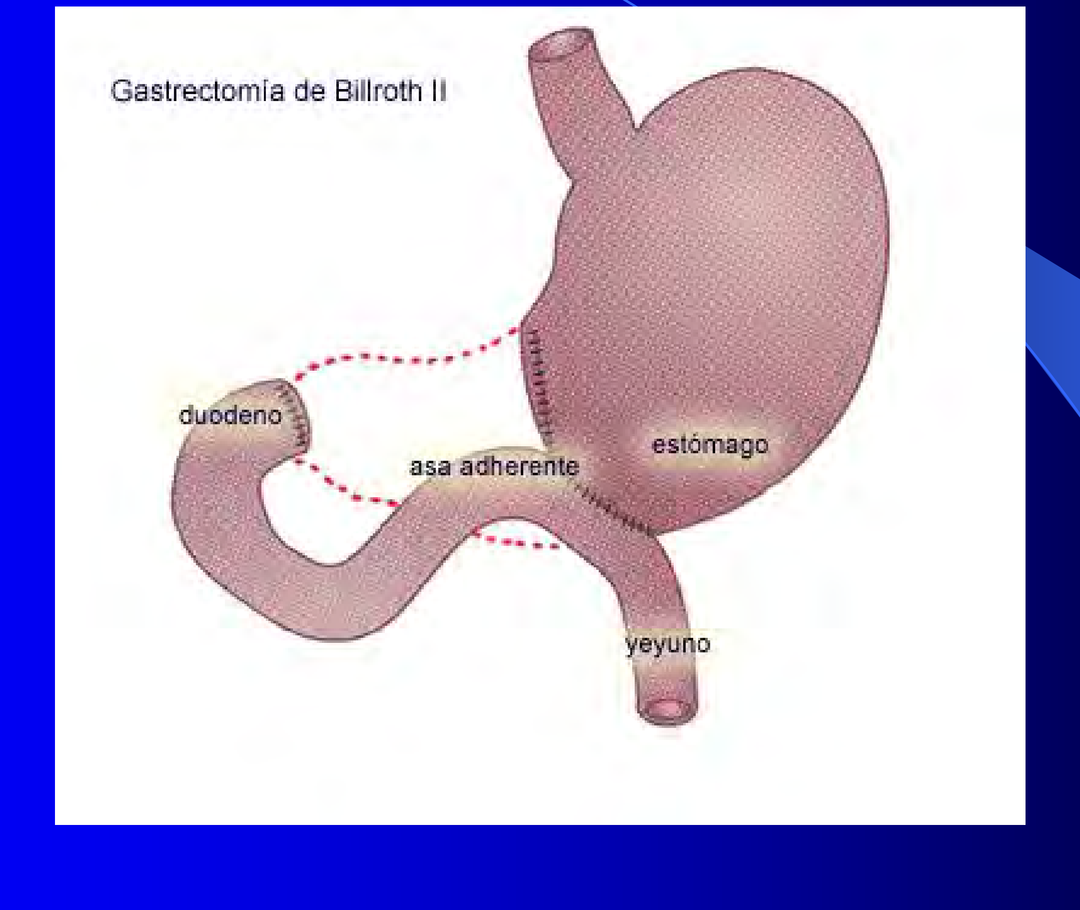
J

Anastomose Gastro-jéjunale

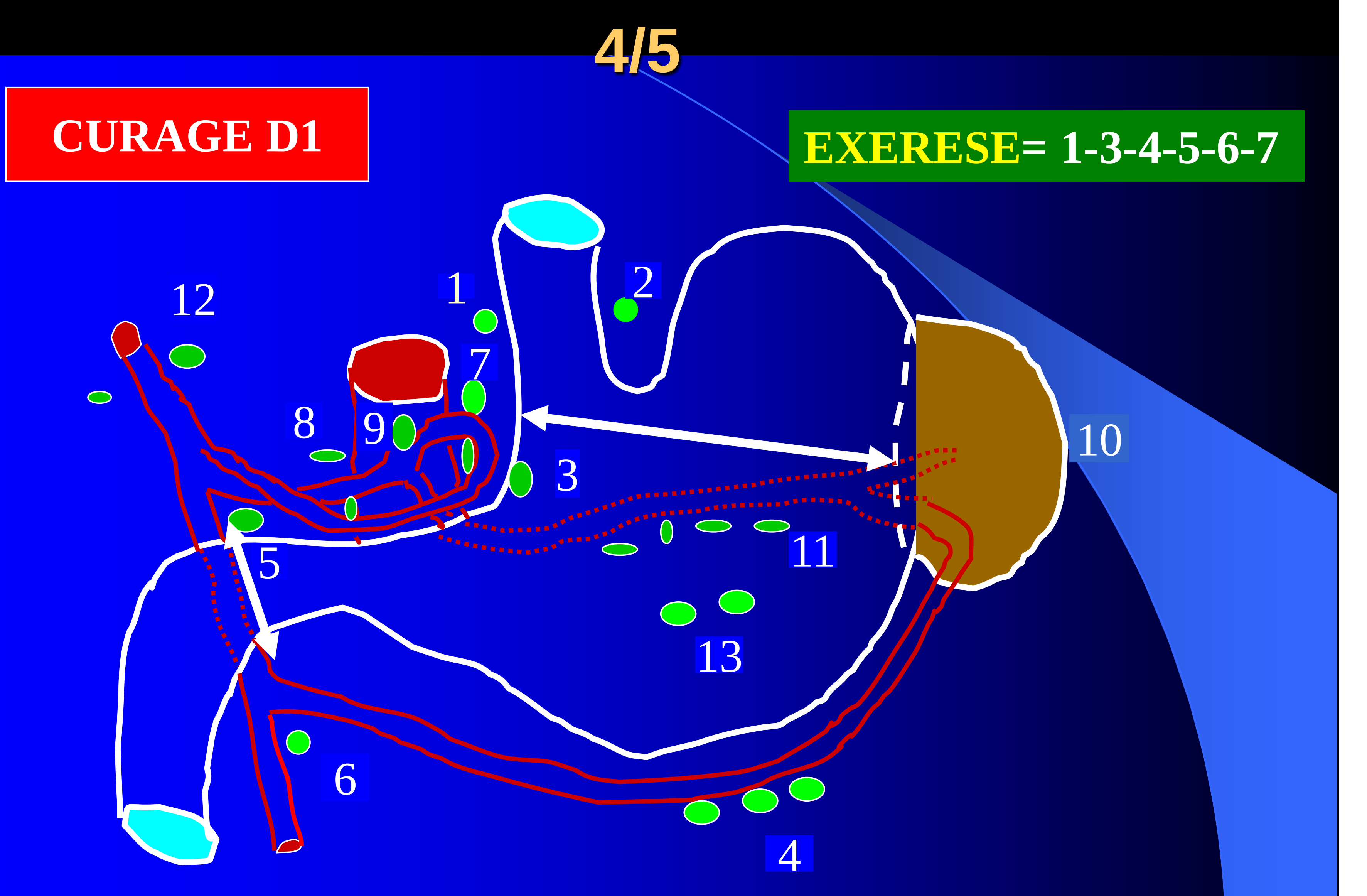


Anastomose Gastro-duodénale

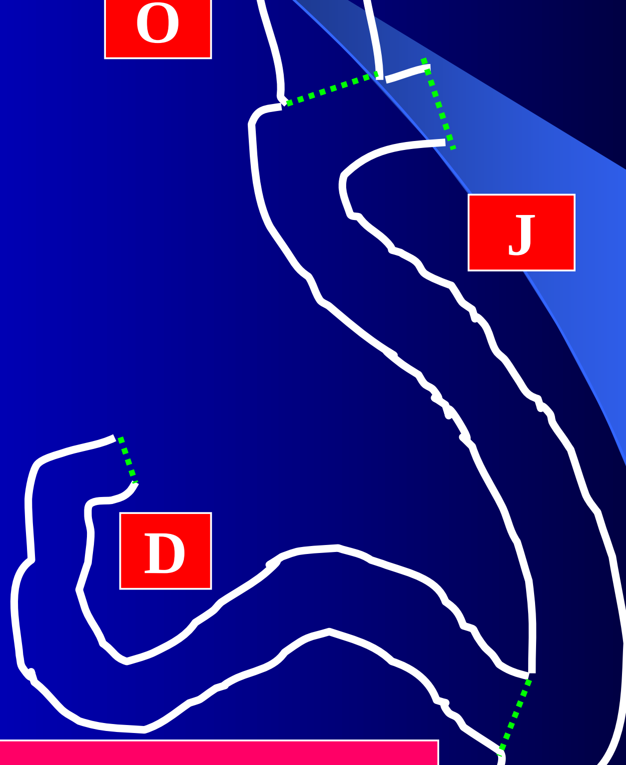



Gastrectomía de Billroth II
duodeno
asa adherente
estómago
yeyuno

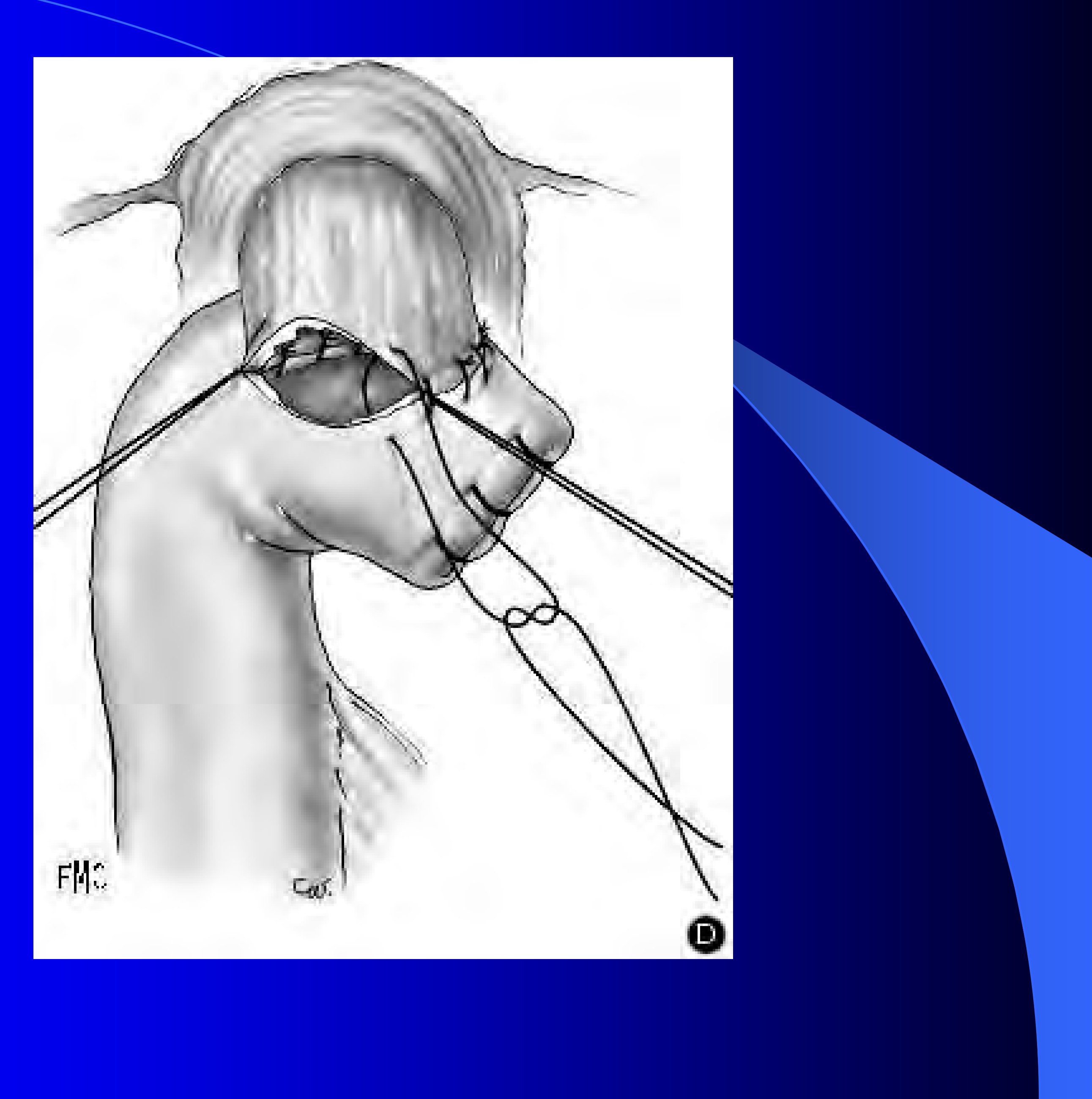
GASTRECTOMIE PARTIELLE INFERIEURE 4/5



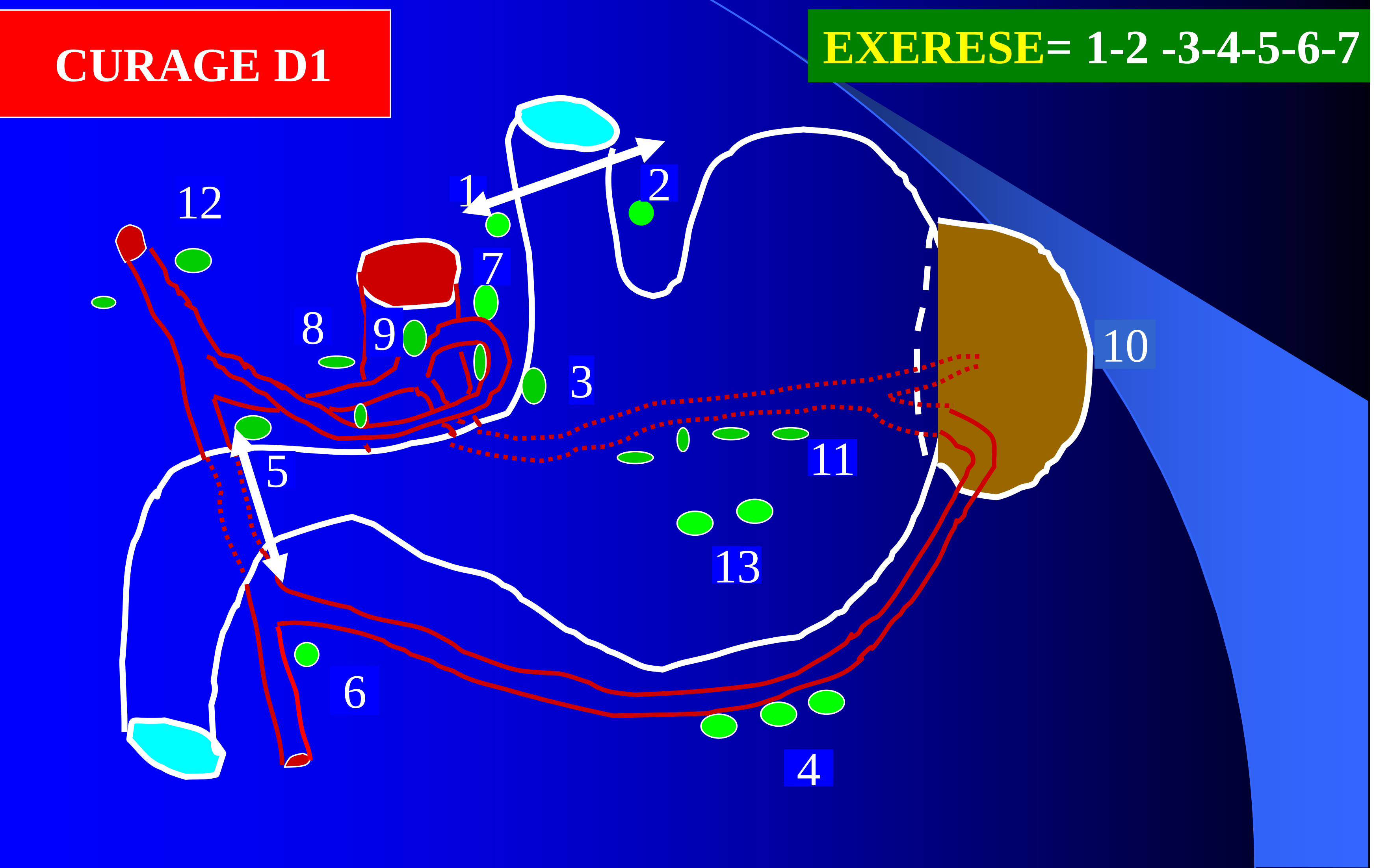
GASTRECTOMIE TOTALE



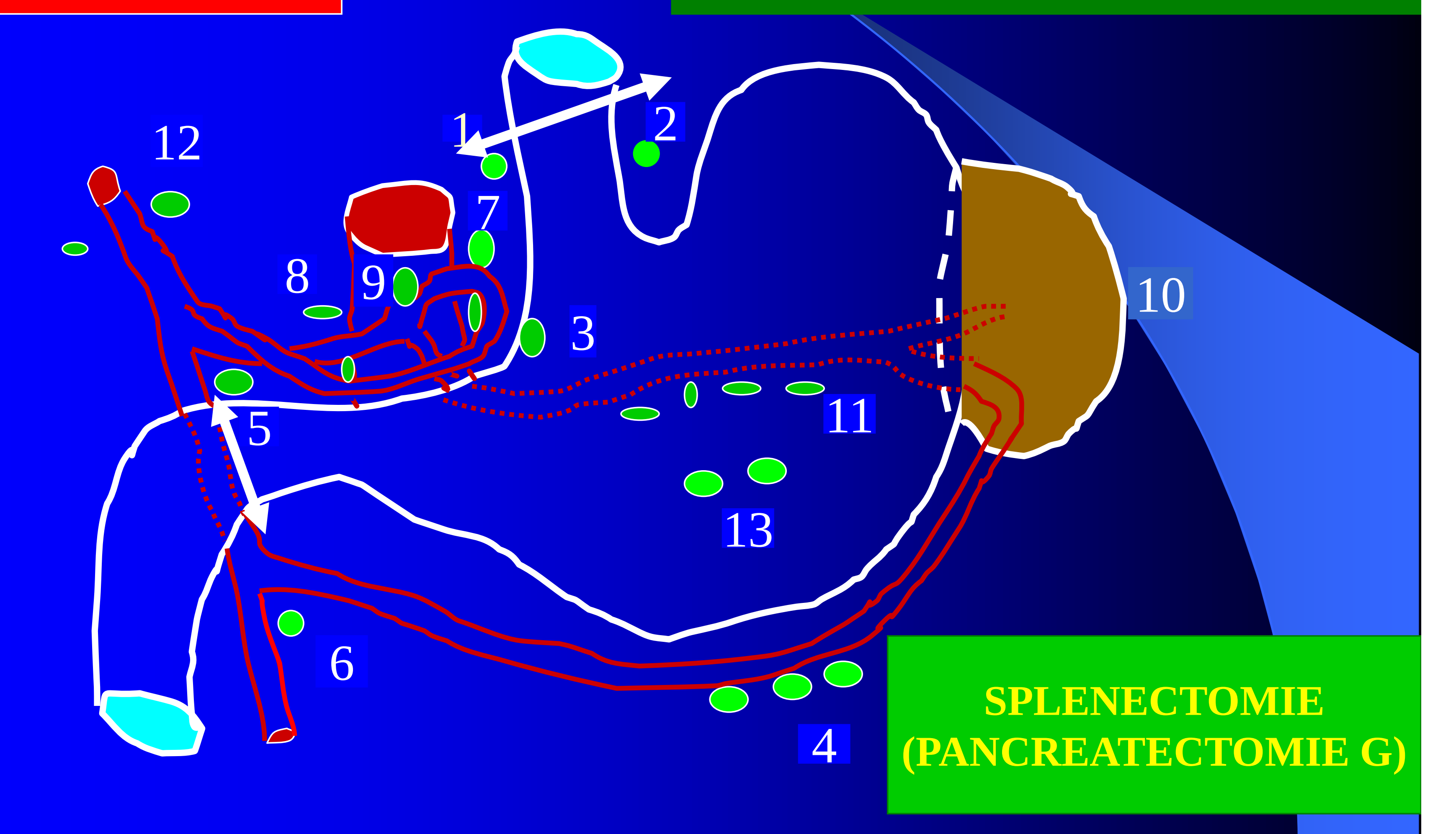
Anastomose oeso-jéjunale sur anse en Y


FMC
D

GASTRECTOMIE TOTALE SIMPLE



GASTRECTOMIE TOTALE ELARGIE



TRAITEMENT = CHIRURGICAL

- **Antre : Gastrectomie distale avec anastomose GJ**
- **Corps ou Grosse tubérosité : Gastrectomie totale avec anastomose OJ**
- **Grande Courbure T3/T4 : discuter splénectomie**
- **Structures de voisinage : exérèse monobloc**

T1 T2 N0 M0

CHIRURGIE SEULE

T3 ET/OU N+

RT/CT Mc Donald ADJUVANT

OU

ECF × 3 PRE ET POST OPERATOIRE

METASTATIQUES

- **POLYCHIMIOTHERAPIE**

  - Cisplatine

  - 5 FU

  - Irinotécan

  - Docétaxel

- **SURVEILLANCE : 6, 12, 18, 24 MOIS PUIS TOUS LES ANS**
- Elle ne s'adresse à titre systématique qu'au cancer traité à visée curative : **ts les 6 mois pdt 2 ans puis ts les ans.**
- Elle est régulière :**clinique, marqueurs** (ACE, CA-19.9), **échographie, radio pulmonaire** et **endoscopie** (en cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une récidive pour cet examen).
- **Endoscopie ts les 3 ans à partir de 10 ans post-op** pour surveillance du moignon gastrique en cas de gastrectomie partielle, risque de cancer sur moignon.

- **COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE**

Précoces:

- **Désunion d'anastomose** (grave)
- **Fistules**

Tardives: **stt si gastrectomie totale**

- **Dumping sd** = Due à l'arrivée brutale des aliments ds duod-jejunum => trop **hypertonique** : asthénie brutale, tachycardie, palpitations, labilité tensionnelle et S digestifs (plénitude gastrique, nausée, diarrhée) apparaissant rapidement en post prandial. Améliorés par le décubitus et régressent en ***30 min***.

- **Hypoglycémie post-prandiale**
- **Sd post prandial tardif** : hypoglycémie post stimulative à distance des repas
- **Satiété précoce**
- Séquelles nutritionnelles : **dénutrition**
- **Anémie carentielle** (fer et **B12**)

- **Diarrhée motrice post vagotomie**
- **Sd de l'anse afférente** : Accumulation post prandiale de sécrétion biliopancréatique avec distension de l'anse afférente => vomissements
- **Ulcère sur anastomose oeso-jéjunale**
- **Cancer sur moignon** (contrôle par FOGD ts les 3 ans après 10 ans)

Merci pour votre attention

